

令和4年4月1日

静岡県言語・聴覚・発達障害教育研究会 会員様

静岡県言語・聴覚・発達障害教育研究会
会長（静岡市立番町小学校）平尾 卓義

令和4年度会費の納入方法について（お願い）

日頃は、本県の静岡県言語・聴覚・発達障害教育及び本会の活動にご尽力を賜り深く感謝申し上げます。

さて、本年度、会費納入について下記のように納入くださいますようお願い申し上げます。

記

- 1 会費 会員1名につき、**3,000円**
- 2 納入期間 **令和4年4月11日（月） ～ 5月13日（金）**
- 3 納入方法 **口座振込による納入** 下記口座に納入してください。

〈加入者名〉	静岡県言語・聴覚・発達障害教育研究会 会長 平尾 卓義
〈口座番号〉	店番 116 普通 0560563 静岡銀行 安西支店
- 4 その他
 - ・振込手数料は、会員様のご負担でお願いいたします。
 - ・ATMでの振込の場合、教室の代表者による一括振込が可能です。その際、入金金額の間違いないようお気を付けください。
 - ・＜教室一括振込の場合＞
 - ① 教室名と会員人数をご入力ください。
登録者名簿と照合し、入金を確認いたします。
 - ② 別紙 FAX 用紙にて、以下の内容を焼津南小学校（下記送付先）に送付してください。
 - 1 振込依頼者名
 - 2 対象教室名（入会登録時の教室名でお願いします）
 - 3 振込日
 - 4 振込対象人数
 - 5 振込対象者氏名（会員名）
 - 6 振り込んだ金額

送付先： 焼津市立焼津南小学校 LD 等通級指導教室「まなびの教室」 担当：赤堀 絵里香 TEL/FAX：054-627-7771
--

問い合わせ先 静岡県言語・聴覚・発達障害教育研究会 県事務局 会計部（静岡市立番町小学校） TEL・FAX：054-252-8800 Mail: shizugenken-bancyou@live.jp
--

FAX

送信先

焼津市立焼津南小学校 LD等通級指導教室 「まなびの教室」

赤堀 絵里香 様

TEL/FAX 054-627-7771

送信元 _____ 教室

TEL/FAX _____

担当者名 _____

件名：静言研 R4年度 会費の納入について

1. 振込依頼者名 _____

2. 教室名 _____ 教室

3. 振込日 令和4年 ____ 月 ____ 日

4. 振込対象人数 _____ 人

5. 振込対象者氏名（会員名）

6. 振り込んだ金額 _____ 円